45e Année. — N° 6. Vendredi 11 Février 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Premier Paris : L'Association générale des médecins de France et l'ordre des médecins, 81. — **Clinique médicale** : Sur la signification du souffle dans la pleurésie séro-fibrineuse, par le Dr Gaston Branthomme, de Noailles, 83. — **Revue de la presse** : Le carcinome métastatique de la choroïde, 85. — **Académie des sciences :** *Séance du* 31 *janvier* 1898. Présidence de M. Wolf. — Fonction martiale du foie chez les vertébrés et les invertébrés, 87. — Sur un nouveau procédé de détermination de la position des corps étrangers par la radiographie, 88. — **Académie de médecine** : *Séance du* 8 *février* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Obsèques de Péan, 89. — Varices volumineuses des jambes, de l'abdomen et du tronc par angiosclérose, 89. — Sur un nouveau traitement de la pelade, 89. — Pourquoi la face fœtale du placenta est-elle grenue? 89. — Le vésicatoire, 89. — 146 cas de chirurgie de l'estomac, 90. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du* 4 *février* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Aplasie artérielle avec néphrite scléreuse, 90. — Fièvre typhoïde à forme rénale hématurique, survenant dans le cours d'un purpura exanthématique récidivant, 91. — Géophagisme, 92. — **Société médicale des Bureaux de bienfaisance** : *Séance du* 8 *décembre* 1898. Présidence de M. Séailles. — Elections, 92. — **Société de chirurgie** : *Séance du* 9 *février* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Traitement des abcès du foie, 93. — De la rétention d'urine chez les prostatiques et les utérins traitée par la ponction et le drainage, 93. — Suture du cholédoque et de l'uretère muqueuse à muqueuse, chez le chien, 94. — Arthrite médio-tarsienne traitée par les injections de chlorure de zinc. Enorme déformation. Guérison, 93. — **Correspondance**, 93. — **Nouvelles**, 94.

Paris, le 10 février 1898

L'Association générale des médecins de France et l'Ordre des médecins.

La Société centrale de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France a tenu, dimanche dernier, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, sa trente-huitième assemblée annuelle. C'est, en effet, en 1859 que cette Société fut fondée, au milieu de préoccupations probablement différentes de celles que nous avons aujourd'hui. Ces préoccupations, M. Bucquoy, qui présidait dimanche la séance, les a rappelées au début de son discours et il en a profité pour appeler le plus grand nombre possible de nos confrères à se grouper autour de l'Association générale, qui soutient les médecins dans la peine et donne des secours à leurs veuves et à leurs orphelins.

Ce but, tout à fait louable d'ailleurs, suffisait pour attirer des adhérents à l'Association générale à l'époque de sa fondation, mais depuis les temps ont quelque peu changé; d'autres Sociétés se sont créées qui, paraissant mieux répondre aux besoins actuels, ont groupé un plus grand nombre de jeunes confrères et la pauvre Société centrale, un peu vieillotte aujourd'hui, regrette surtout les beaux jours qu'elle a vécus. Nous étions 870 il y a quelques années; notre nombre est descendu à 730. Sur près de 3.000 médecins qui exercent dans le département de la Seine, c'est réellement trop peu. La commission administrative qui s'occupe de nos intérêts est pleine de zèle et on ne saurait trop la louer et la remercier, mais les troupes qui suivent cet excellent état-major sont bien peu nombreuses. Dimanche dernier le temps était fort laid; depuis le matin une petite pluie froide tombait constamment, transformant toutes nos rues en une vaste nappe boueuse et chassait toute velléité d'aller faire de la bicyclette ou même de tenter une promenade quelconque. Il semblait donc que les confrères dussent se trouver en assez grand nombre à une réunion où l'on s'occupait en somme de leurs intérêts; mais non, en outre des neuf membres qui siégeaient au bureau, nous avons compté dans la salle en tout quinze confrères; oh! mais des confrères tout à respectables, depuis longtemps, pour la plupart, blanchis dans les fatigues de la profession. Les vieux nous donnent l'exemple de la fidélité à l'Association générale; les jeunes, au contraire, paraissent s'en désintéresser. Il y a eu cependant quatorze adhésions nouvelles, mais comme il s'agissait de remplacer vingt membres décédés, cela ne suffira guère à ramener la prospérité dans l'Association.

Nos finances restent cependant prospères, quoique le chiffre des cotisations devienne inférieur aux sommes dépensées chaque année; elles restent prospères à cause des dons et des legs et à cause de l'intérêt des fonds déjà placés. Il résulte du rapport du trésorier, M Blache, que le capital disponible de la Société centrale s'élève à 62.489 francs, dont 60.000 francs en réserve à la Caisse des dépôts et consignations, et 2.489 francs dans la caisse du trésorier. Le capital indisponible se compose de 2.108 francs de rente, représentant un capital inaliénable de 70.000 francs environ. La Société possède encore la nue-propriété de 6.000 francs de rente 3 p. 100 provenant du legs d'Huguier, l'ancien chirurgien des hôpitaux.

Ce que nous désirons surtout reproduire de cette

séance annuelle, c'est une bonne partie de l'excellent rapport du secrétaire. M. G. Thibierge est un jeune à l'esprit déjà mûr, qui, tout en prenant la question par un côté seulement, a su très bien montrer l'impossibilité de la création d'un Ordre des médecins:

L'idée de la création d'un Ordre des médecins ou de Chambres disciplinaires a pour origine l'existence d'institutions semblables dans diverses professions libérales ; les avocats et les officiers ministériels sont, depuis des époques variables, soumis, au point de vue de la discipline professionnelle, à des Conseils issus du vote de chacun de ces corps : Conseil de l'Ordre des avocats, Chambre des notaires, Chambre des avoués, Chambre syndicale des agents de change, auxquels incombe le soin de maintenir l'exercice de ces professions dans la voie de l'honneur et de prendre ou de provoquer contre ceux de leurs justiciables qui les encourent, des peines disciplinaires pouvant aller jusqu'à la suspension.

De ces Conseils, le plus connu et celui dont l'exemple semble avoir suscité le plus d'admirateurs parmi les médecins est le Conseil de l'Ordre des avocats. Et, en effet, parmi ces professions, celle d'avocat est celle qui a le plus de ressemblance avec la nôtre. Toutes deux sont exercées par des hommes ayant fait de leurs connaissances théoriques et pratiques la preuve par une série d'examens et l'obtention d'un diplôme ; et, sous la garantie de ce diplôme, la profession d'avocat, comme celle de médecin, peut être exercée, sans limitation de nombre, par tous ceux qui en sont pourvus ; dans les deux professions, la valeur, la renommée, les aptitudes personnelles, l'étude particulière de certains sujets, donnant sur eux une compétence spéciale, sont les éléments du choix que le public fait entre ceux qui les exercent ; dans les deux professions encore, la rémunération des services rendus se traduit par des honoraires dont le taux est moins l'application d'un tarif que la résultante d'éléments nombreux : réputation de l'avocat ou du médecin, importance du service rendu, difficultés qu'il présente, situation pécuniaire du client.

Les deux professions, quoique ouvertes, sont justement jalouses de l'honneur de leurs membres, et l'indignité de l'un d'eux n'est pas sans porter préjudice à la réputation de l'ensemble de la profession.

En présence de ces analogies entre les deux professions, analogies qui pourraient se poursuivre encore sur d'autres points, il était naturel de chercher à adapter à la profession médicale les institutions et les règles qui réussissent si bien à maintenir l'honneur et la réputation du corps des avocats, institutions et règles dont cette corporation se montre fière et respectueuse et dont la suppression serait pour elle le signal d'une irrémédiable déchéance.

Si l'on s'en tenait aux comparaisons et aux analogies que je viens de rappeler, la question ne semblerait devoir soulever aucune difficulté et on conçoit facilement comment le seul mot d'Ordre des médecins a pu paraître à quelques-uns, et non des moins avisés, représenter le remède suprême.

A vrai dire, s'il ne fallait dans une question de cette importance qu'envisager les conditions de la réalisation avec autant et plus de soin que la question même du principe, celui-ci réunirait la grande majorité des médecins honorables, tant il est séduisant et tant il paraît a priori devoir apporter la solution cherchée.

Mais, si l'on veut examiner, même sommairement et dans ses grandes lignes seulement, le mode de fonctionnement d'un Ordre des médecins, on se heurte à de graves objections. Parmi celles-ci, il me faut faire un choix, car le temps ne me permettrait pas de les énumérer toutes, et je dois me borner aux plus importantes.

Supposons l'Ordre des médecins constitué sur des bases analogues à celles de l'Ordre des avocats ; dans l'arrondissement de Neuilly-la-Montagne, il a été nommé — non sans difficulté, car de nombreux médecins éloignés du chef-lieu ont éprouvé des obstacles absolus à quitter leurs occupations professionnelles le jour du vote, — il a été nommé, dis-je, un Conseil de discipline, composé, comme le Conseil de l'Ordre des avocats de la même ville, des confrères les plus honorablement connus. Une dénonciation est parvenue au président du Conseil, au sujet d'un confrère qui a pratiqué une opération absolument inutile dans le but de toucher des honoraires élevés. Suivant la coutume, le président a chargé un membre du Conseil de procéder à une enquête préliminaire et de faire un rapport au Conseil.

Par une singulière coïncidence, dans la même ville de Neuilly-la-Montagne, un avocat est signalé au Conseil de l'Ordre pour avoir, au moyen de pièces fausses qu'il a depuis fait disparaître, engagé un sien ami dans une affaire que celui-ci a perdue ; un rapporteur a été désigné par le bâtonnier pour procéder à une enquête. Ces deux enquêteurs, l'un médecin et l'autre avocat, qui ont à connaître de faits analogues, autant que peuvent y prêter leurs professions, vont-ils trouver pour poursuivre leur enquête des conditions identiques et des facilités ou des difficultés analogues? Très certainement non. L'avocat va avoir à s'enquérir de l'existence et du sens de pièces écrites qui ont été entre les mains de témoins, avocats, avoués, magistrats, habitués par profession à manier des pièces, à en saisir l'importance ; ces pièces ont été lues à l'audience, des témoignages nombreux peuvent en rétablir le sens, peut-être même le texte exact ; en un mot, il a à contrôler des faits qui se sont passés, sinon tous en public, au moins en présence de témoins compétents, qui ont eu pour acteurs des hommes de loi, des avocats vivant dans la maison de verre qu'est un Palais de justice, et que leur fréquentation journalière renseigne sur leur moralité respective. Je n'ai pas besoin, devant des médecins, d'insister sur la situation tout autre dans laquelle se trouvera le médecin enquêteur, réduit à appeler en témoignage un patient qui ne consentira peut-être pas à se déranger, dont la déposition pourra manquer ou de sincérité ou d'exactitude, des personnes incompétentes qui ont assisté à l'opération ou qui l'ont vue à travers le trou d'une serrure, et qui aura à émettre un avis sur un confrère avec lequel il n'a jamais eu le moindre rapport, dont il ne connaît et ne peut connaître ni la valeur professionnelle ni le taux moral.

Voilà, au point de vue du fonctionnement une différence capitale entre ce que peut être un Conseil disciplinaire médical et ce qu'est l'Ordre des avocats.

Mais poursuivons. Un avocat s'est rendu coupable de manquements graves à l'honneur professionnel. Le Conseil de l'Ordre, qui l'a déjà frappé de blâmes répétés, connus de l'intéressé seul, se voit dans l'obligation de lui infliger une pénalité plus grave : il le frappe de suspension temporaire ou le raye du tableau. Cette décision est facile à appliquer, et à appliquer sans bruit ; à moins que l'avo-

cat frappé n'en appelle devant la Cour, elle n'est pas rendue publique ; il suffit qu'elle soit notifiée au procureur général ou au procureur de la République ; ce magistrat avisera le président de la Cour, le président du Tribunal et les présidents de Chambre, que Me Un Tel a été frappé par le Conseil d'une suspension de tant de mois ; s'il s'agit d'une radiation, le nom de Me Un Tel est effacé du tableau de l'Ordre, sans qu'il soit besoin de faire de notifications autres que pour la suspension.

Cette simplicité d'application des peines les plus graves résulte de ce fait que la profession d'avocat s'exerce au grand jour et sur un théâtre restreint, en présence et sous l'autorité de magistrats siégeant en audience publique. Et ce que le Conseil de l'Ordre est investi du pouvoir de suspendre, c'est l'exercice public de la profession dans la ville même où il est établi ; il ne peut empêcher un avocat suspendu ou rayé du tableau de donner des consultations juridiques ; il ne peut non plus l'empêcher de se faire inscrire à un autre barreau où le Conseil de l'Ordre est moins scrupuleux ou moins vétilleux, ou simplement moins au courant des faits qui lui ont été reprochés, et, une fois inscrit à ce barreau, de plaider dans d'autres tribunaux : on a même vu des avocats, rayés du tableau d'un Ordre, et admis à un barreau différent, venir plaider devant la Cour d'appel même dont le Conseil de l'Ordre les avait exclus.

Combien différente et plus compliquée serait la marche à suivre pour assurer l'exécution des décisions d'un Conseil de discipline médical ! Est-il matériellement possible d'empêcher un médecin, suspendu de ses droits professionnels, de recevoir des malades, de leur donner des conseils, voire même de leur pratiquer des opérations, si ces malades viennent à lui ? Evidemment pas plus que le Conseil de l'Ordre, en eût-il le droit et la volonté, ne pourrait empêcher un avocat suspendu de donner les consultations juridiques qu'on viendrait lui demander dans son cabinet. Allez donc faire la preuve de ce délit d'exercice illégal de la médecine, alors qu'il est si difficile de le faire contre un rebouteur ou un guérisseur. La seule sanction réelle serait dans l'impossibilité de faire exécuter les ordonnances signées par ce médecin ; mais pour cela il faudrait notifier la décision du Conseil de discipline aux pharmaciens, ce qui constituerait une aggravation de peine pour le médecin, et leur enjoindre de ne plus délivrer les médicaments prescrits par M. le Dr Un Tel, injonction qu'ils trouveraient bien, s'ils le voulaient et sans chercher longtemps, le moyen d'éluder.

Il y a donc, on le voit suffisamment, difficulté ou impossibilité à assurer l'exécution des décisions du Conseil de discipline portant interdiction d'exercice. Il y a plus. Dans bien des circonstances, ce Conseil hésiterait à appliquer une pénalité de ce genre, qui entraîne pour le médecin l'impossibilité de gagner sa vie ; une rigueur aussi excessive ne serait de mise que dans des circonstances exceptionnelles et, comme tous les châtiments excessifs ou disproportionnés à la faute, elle serait si rarement appliquée en pratique que sa crainte n'arrêterait aucun de ceux dont nous voudrions voir en face les agissements.

Et, d'autre part, si on limite le rôle des Conseils de discipline à celui de distributeur d'admonestations, de blâmes et de réprimandes qui ne seront connus que de leurs membres et du médecin intéressé, il y a de fortes raisons de craindre que ce rôle ne soit purement platonique, que l'efficacité de semblables Conseils ne soit pratiquement nulle. Dès lors, leur création, étant inutile, serait nuisible à la profession ; dépourvus d'autorité, rendant des décisions privées de sanction possible, ils sembleraient excuser, autoriser ou même encourager les pratiques déplorables contre lesquelles on veut les établir, et la profession tout entière serait plus que jamais rendue responsable de la faute de quelques-uns.

Enfin, et c'est par cet argument que je terminerai ce trop long exposé, les Chambres disciplinaires ne peuvent être établies que par une loi ; c'est, en effet, de la loi elle-même que nous tenons le droit à l'exercice de la profession médicale, et les Chambres n'ont de raison d'être que dans la possibilité de suspendre ce droit ou d'en provoquer la suspension.

Le Parlement, auquel nous devrions nous adresser, serait, sans aucun doute, assez mal disposé à accueillir une proposition qui mettrait entre les mains du corps médical lui-même sa police intérieure ; il serait, me suis-je laissé dire, plus enclin par principe à supprimer l'Ordre des avocats qu'à établir l'Ordre des médecins. Et s'il établissait ce dernier, nous pourrions être assurés que, par quelque disposition introduite dans le projet ou annexée par voie d'amendement, il nous imposerait des devoirs ou des sujétions dont les inconvénients très réels compenseraient largement les avantages, fort problématiques, de la réglementation demandée. A ceux que surprendrait cette crainte pessimiste, il suffit de rappeler que la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, malgré quelques améliorations de détail, est, dans son ensemble, beaucoup plus désavantageuse pour le corps médical que la loi du 19 ventôse an XI.

Telles sont, messieurs et chers collègues, les raisons qui ont amené votre Commission administrative à vous proposer de rejeter, une fois de plus, le projet de la proposition de création d'un Ordre des médecins.

Les conclusions du rapport de M. Thibierge ont été adoptées à l'unanimité, sauf une voix. Tel sera, sans doute, le résultat de la consultation que l'on demande actuellement à toutes les Sociétés locales ; nous ne sommes pas encore devenus assez indifférents à nos intérêts pour demander en majorité, comme de simples grenouilles, que l'on nous envoie, sous la forme d'un Conseil quelconque, un roi, ce roi ne dût-il être qu'un soliveau.

A. CHEVALLEREAU.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur la signification du souffle dans la pleurésie séro-fibrineuse,

Par le Dr GASTON BRANTHOMME, de Noailles (Oise).

Le souffle pleurétique n'est pas autre chose que le souffle bronchique modifié. L'opinion classique veut qu'il le soit par son passage à travers le liquide épanché dans la plèvre. L'étude à laquelle nous nous sommes livré

nous fait, au contraire, penser que cette modification résulte de son passage à travers une légère couche de tissu pulmonaire hépatisé. Nous allons essayer de le démontrer.

Pour cela, il nous faut prouver que dans toute inflammation séro-fibrineuse de la plèvre il y a un état du oumon capable de donner naissance à un souffle, etp que le souffle pleurétique n'est autre que ce dernier.

La pleurésie séro-fibrineuse est primitive ou secondaire. Celle-ci, abstraction faite du cancer et de la pleurésie dans la granulie, se fait : 1° par infarctus pulmonaire ; 2° par hépatisation pulmonaire ; 3° par congestion. Laissons la de côté et voyons la pleurésie primitive.

Cette pleurésie primitive est toujours tuberculeuse (1).

Voici ce que disent les auteurs à son sujet :

« Je dois m'arrêter un instant, dit Dieulafoy, sur la congestion du poumon qui, si fréquemment, accompagne la pleurésie. C'est un fait qui a été bien mis en lumière par M. Potain. La fluxion d'un lobe pulmonaire ou d'une partie du poumon accompagne souvent la pleurésie, surtout à sa période de formation ; il en résulte que les signes de l'épanchement pleural sont un peu défigurés par les signes que donne ce poumon fluxionné ; l'égophonie au lieu d'être pure devient de la broncho-égophonie ; le souffle au lieu d'être lointain et voilé devient un souffle plus rude ; la qualité de la matité et les nuances des vibrations thoraciques sont modifiées. (2) » Laissons de côté la pleuro-pneumonie, et arrivons de suite à ces paroles de M. Potain : « Toute pleurite, toute pleurésie entraîne un certain degré d'inflammation des aréoles de la corticalité pulmonaire. L'hyperémie pleurale, par simple propagation de voisinage ou par l'intermédiaire des voies lymphatiques, se transmet à la superficie du poumon, dont le tissu, à ce niveau, présente au bout d'un certain temps les altérations de la pneumonie corticale. C'est, entre parenthèse, à cette pneumonie corticale que vous devez rapporter la raison d'être de cette crépitation pleurale si fine dont le diagnostic avec le frottement est parfois si délicat (3) ». A l'autopsie d'un cas de pleurésie, on trouve que « les alvéoles pulmonaires les plus superficiels offrent les altérations de la pneumonie catharrale (4) ».

C'est assez insister. Il existe donc dans toute pleurésie une zone d'hépatisation pulmonaire. Celle-ci est capable de faire naître un souffle, puisqu'elle peut donner lieu à une fine crépitation, et qu'elle est assez puissante pour fixer le poumon en réduisant au minimum son extensibilité (5). Il nous faut prouver maintenant que le souffle pleurétique est dû à cet état du poumon que nous savons exister et non à la présence du liquide dans la plèvre.

Nous trouvons quelques arguments dans les faits suivants empruntés à Barth (1). Dans la pleurésie aiguë primitive, le souffle est sec, franc, intense ; c'est en effet dans cette forme de la pleurésie que l'hépatisation concomitante est le plus intense. Au contraire, dans les pleurésies subaiguës, là où l'hépatisation est moins profonde, le souffle est doux, profond, comme voilé. Par contre, dans les pleurésies latentes, où l'inflammation pulmonaire est réduite à son minimum, le souffle manque souvent. Le souffle suit la matité et remonte avec elle, c'est-à-dire avec l'épanchement, celui-ci étant causé par la marche ascendante de la pleurésie. La pleumonie corticale la suit.

Il persiste jusqu'à la fin de la fièvre, puis diminue avant l'épanchement, suivant ainsi plus le degré d'inflammation du poumon que la durée de l'épanchement.

Il persiste souvent malgré la thoracentèse dans les pleurésies subaiguës. Enfin Barth ne lui attribue dans la pleurésie qu'une valeur bien faible ; et il ajoute qu'il tient à des conditions physiques du poumon qu'on ne connaît pas encore très bien.

Si maintenant nous exposons ce que nous avons constaté dans les cas assez nombreux de pleurésie que nous avons eus sous les yeux, nous dirons : le plus souvent nous avons eu affaire à un souffle criard et intense, existant toujours dans les formes franchement aiguës ; manquant généralement dans les formes éteintes, notamment chez un diabétique à qui nous avons dû faire six ponctions successives et qui a fini par guérir ; manquant souvent ou étant plus doux et lointain dans les formes subaiguës. C'est ainsi qu'il faisait défaut chez un jeune homme qui présentait tous les soirs une température de 39°, et à qui nous avons enlevé 800 grammes de liquide.

Ajoutons que tous les autres faits observés par nous sont en parfaite concordance avec ceux de Barth cités plus haut, notamment la disparition du souffle au moment de la chute de la fièvre.

Nous avons de plus constaté ce qui suit, qui selon nous a une importance capitale :

Soit un malade atteint d'une pleurésie avec épanchement récent et de quantité moyenne. Supposons le sujet ayant gardé la position verticale, de sorte que le niveau du liquide dans la plèvre soit à peu près horizontal, négligeant l'encoche prévertébrale. La matité absolue est représentée par la ligne AB.

Inclinons le malade sur le côté gauche, ainsi que nous l'avons appris de notre maître, M. Lépine : le liquide va se déplacer, et au bout d'un moment, son niveau sera marqué par la ligne CD.

Les deux lignes de niveau se rencontrent en un point O, sommet de deux triangles. L'un OBD interne occupe un espace antérieurement rempli par l'épanchement.

(1) Le Damany, *La bactériologie et la pathogénie des pleurésies fibrineuses* (*Gazette des Hôpitaux* 1897, page 1282).
(2) Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*, 4e édition.
(3) Potain, *Semaine médicale*, 1897, page 417.
(4) Dieulafoy, *loco citato*.
(5) Potain, *loco citato*.

(1) Barth, *Dictionnaire de Dechambre*, article BRUITS DE SOUFFLE.

Sa percussion donnait de la matité; il y a maintenant de la sonorité. A l'auscultation on y entendait du souffle; actuellement ce souffle est encore perçu. Par contre, l'espace OAC, où l'on constatait tout à l'heure de la sonorité et pas de souffle, présente maintenant de la matité et pas de souffle. En replaçant le malade dans la position verticale on obtient la contre-épreuve.

Ce fait positif qui, à lui seul, suffit à prouver la véracité de notre hypothèse ne se rencontre pas dans chaque pleurésie. Nous n'avons pu le constater que trois fois sur douze cas, depuis un an que nous le cherchons. La raison en est dans ce fait, que le liquide pleural se déplace difficilement. Cela tient moins à sa densité, 1018 en moyenne, qu'à l'hypertension qui existe dans la cavité pleurale, et qu'à la résistance du poumon congestionné à se laisser déplacer par le liquide. Il faut aussi pour cela que la ligne de matité soit très nette. Aussi ne peut-on faire cette recherche qu'au moment de l'accroissement du liquide, et quand celui-ci n'a pas encore atteint la région supérieure du thorax.

Enfin il est un moyen plus facile de s'en rendre compte : il suffit d'ausculter un malade immédiatement après la thoracentèse. On entendra alors du souffle, à la condition que celle ci ait été faite peu après le début de l'épanchement, ce qui est l'exception. Quant au souffle dans l'hydrothorax, il est dû, quand il subsiste, à la congestion pulmonaire concomitante.

REVUE DE LA PRESSE

Le carcinome métastatique de la choroïde (1). — Le carcinome métastatique de la choroïde est une affection rare et jusqu'ici dix-huit observations seulement ont été publiées, dont deux en France, celles de Guéride et de Gayet. M. Lagrange résume dans un tableau ces dix-huit observations et y ajoute une observation personnelle.

Il s'agit d'une femme de 48 ans, d'une santé vigoureuse, et atteinte depuis 1892 d'une tumeur maligne du sein gauche qui fut opérée, récidiva, fut opérée de nouveau avec curage de l'aisselle et récidiva encore dans un ganglion oublié et qui fut énucléé.

L'examen histologique de la tumeur démontra l'existence d'un carcinome typique.

Au commencement de janvier 1896, la malade s'aperçut de quelques troubles de la vision, et, dès la fin du même mois, la cécité de l'œil droit était absolument complète ; ce n'est cependant qu'au mois d'avril suivant qu'elle alla consulter un ophthalmologiste, à cause des vives douleurs qu'elle ressentait dans l'œil. M. Lagrange constata alors les phénomènes suivants : T + 1 ; pupille irrégulièrement dilatée, perception lumineuse abolie ; douleurs exacerbantes partant de l'œil et s'irradiant dans la région périorbitaire; dans le quart externe de l'iris on trouve un néoplasme bosselé, rougeâtre, peu saillant, mais à limites extrêmement nettes. Le bord interne de ce néoplasme est nettement vertical et n'arrive pas au sphincter de l'iris. Le parenchyme de l'iris est quadruplé d'épaisseur; l'angle iridien est complètement effacé dans toute la partie correspondante au néoplasme, c'est-à-dire dans le quart environ de sa circonférence.

Le cristallin est transparent ; le corps vitré, trouble, permet cependant de constater un décollement complet de la rétine. La malade, éprouvant des douleurs intolérables, accepte l'énucléation qui est pratiquée le 12 mai 1896.

Dans le courant de juillet de la même année apparurent les signes d'un cancer de la colonne vertébrale; une tumeur sous-cutanée se montra dans le flanc droit et la malade succomba à la cachexie le 13 août. Comme elle est morte dans sa famille, on ne put faire l'autopsie.

M. Lagrange nous donne une description très complète de la tumeur et les quatre figures jointes au texte rendent plus claire encore cette description.

La coque oculaire ne paraît nulle part menacée. Le globe est incisé dans le sens antéro-postérieur et selon le méridien horizontal, de façon à partager en deux parties égales la masse néoplasique.

La tumeur siège en deux régions, dans la choroïde et dans l'iris. Elle occupe exclusivement le tractus uvéal, entre la sclérotique et la rétine, intacte mais soulevée.

La tumeur irienne est tout à fait indépendante de la tumeur de la choroïde. Elle paraît, à première vue, s'être développée dans la partie antérieure du stroma irien, l'uvée a gardé sa disposition ordinaire et ni le muscle ni les procès ciliaires n'ont pris part à son développement. L'angle irido-cornéen est au contraire rempli dans tout son tiers externe, d'où l'apparition des phénomènes glaucomateux.

L'examen histologique, fait après durcissement à l'alcool et inclusion dans la paraffine, a porté sur trois points : sur le point où l'épaississement de la choroïde est le moins accusé, dans l'un des points les plus épais et au niveau de la tumeur de l'iris.

Les premières coupes présentent la structure typique du carcinome alvéolaire; toute l'épaisseur de la choroïde est envahie, mais plus particulièrement la couche vasculaire. Sur la figure 2 on distingue des alvéoles creusées dans le tissu de la choroïde, remplies de cellules épithéliales volumineuses, irrégulièrement cubiques et pourvues d'un gros noyau. Entre les alvéoles on reconnaît d'assez nombreuses couches vasculaires représentant les sections transversales des vaisseaux normaux de la région. Il n'y a de vaisseaux manifestement remplis de cellules épithéliales qu'au niveau des ciliaires antérieurs, au moment du passage de ces vaisseaux dans la sclérotique.

Sur les coupes faites dans les parties les plus épaisses

(1) Rapport présenté à la Société d'ophthalmologie de Paris sur un travail du Dr Lagrange, de Bordeaux.

du néoplasme, les cellules ont usé les parois des alvéoles et la choroïde présente une infiltration générale et diffuse. On distingue seulement en quelques points des débris de cloisons, vestiges du tissu normal de la membrane vasculaire de l'œil. En beaucoup d'endroits les éléments cellulaires sont en dégénérescence ; il y a de véritables foyers de nécrose et quelques hémorrhagies interstitielles.

Les préparations faites au niveau de la tumeur irienne révèlent les mêmes désordres ; le tissu est infiltré de cellules épithéliales dans toute son étendue ; on ne distingue pas d'alvéoles.

M. Lagrange refait à ce propos l'histoire du carcinome métastatique et l'étudie en deux grands chapitres : d'abord l'anatomie et la physiologie pathologique, puis l'histoire clinique et le diagnostic.

L'aspect général du néoplasme est celui d'un stratum alvéolaire rempli par des agglomérations de cellules polyédriques, vaguement hexagonales, pourvues d'un noyau volumineux pouvant aller jusqu'à 50 μ. On trouve souvent des hémorrhagies intra-alvéolaires entourées d'une ou deux rangées de cellules cancéreuses et dues à la nécrose du tissu morbide, par le fait du tassement des cellules dans les espaces lamellaires choroïdiens, espaces qui ne sont pas indéfiniment extensibles et serrent les éléments épithéliaux au point de les étouffer ; mais inversement aussi, des nécroses peuvent résulter des hémorrhagies.

La choroïde parfois est plus épaissie par l'hypertrophie de ses éléments conjonctifs normaux que par la prolifération des cellules carcinomateuses ; cette membrane devient alors comme fibreuse, elle présente peu de vaisseaux et l'on y trouve de très petits nids de cellules carcinomateuses.

La tumeur choroïdienne envahit quelquefois le nerf optique et dans un cas Uhthoff a trouvé une véritable tumeur rétrobulbaire entourant complètement le nerf à son entrée dans le bulbe et se continuant, par une perforation de la sclérotique, avec la tumeur intra-oculaire.

La propagation à la rétine a été constatée dans un seul cas.

L'affection siège beaucoup plus souvent sur l'œil gauche que sur l'œil droit ; cela s'explique sans doute, comme pour l'embolie cérébrale, par la disposition des vaisseaux carotidiens : l'artère carotide gauche reçoit plus facilement les emboles que la droite parce qu'elle naît directement de l'aorte et qu'elle est plus volumineuse.

Le point de départ se trouve presque toujours vers le pôle postérieur du globe, dans les parties temporales, sans doute parce que les artères ciliaires courtes postérieures sont plus volumineuses et plus importantes à la partie externe du nerf optique. La partie de la choroïde la mieux vascularisée est celle qui correspond à la région de la macula.

La rareté relative des métastases oculaires s'explique par l'étroitesse du calibre de l'artère ophthalmique et par l'angle de 90° qu'elle fait avec l'artère carotide interne d'où elle émane. En effet, la pathogénie de ces accidents métastatiques réside bien dans un embolus, comme le montrent un certain nombre de faits bien constatés.

La tumeur prend la forme d'une plaque diffuse à cause de la facilité avec laquelle pullulent dans la choroïde les cellules épithéliales immigrées. Il ne s'agit pas, en effet, d'un néoplasme développé aux dépens du tissu de la choroïde, mais de cellules morbides développées dans ses mailles et y proliférant ; en certains endroits même l'atrophie de la choroïde est la conséquence de cette prolifération ; mais d'habitude les cloisons conjonctives de la choroïde réagissent en s'organisant et en s'épaississant.

Au début la tumeur apparaît dans la région de la macula et s'étend ensuite progressivement autour d'elle en nappes régulièrement étalées. En aucun cas on ne trouve la forme sphérique et champignonnée que l'on constate si fréquemment dans le sarcome de la choroïde.

La marche du carcinome métastatique est toujours rapide et en quelques semaines l'acuité visuelle disparaît complètement, par le fait d'un décollement rétinien d'abord partiel, puis bientôt total.

Sur les 19 cas connus, 5 fois l'affection a été, dès le premier examen, observée sur les deux yeux ; 2 fois elle a envahi le second œil quelque temps après le premier. Pour les cas dans lesquels un seul œil était atteint, 8 fois il s'agissait du gauche, 3 fois seulement de l'œil droit. Dans un cas, le côté n'est pas indiqué.

La mort est toujours survenue un an au plus tard après le début de la métastase ; dans tous ces cas l'état général est devenu très rapidement mauvais. En effet, pendant que la tumeur colonise dans l'œil, il se produit des métastases du côté du cerveau, de la colonne vertébrale, des principaux viscères. Dans les 7 autopsies que l'on a pu faire, on a trouvé des carcinomes métastatiques multiples dans d'autres organes.

Dans 16 des 19 cas publiés, le carcinome primitif siégeait sur le sein droit ou gauche, une fois il siégeait dans l'estomac, deux fois dans le poumon. Ce fait s'explique peut-être par une certaine identité de milieu entre le tissu de la choroïde et celui du sein ; dans ce dernier, en effet, il existe des mailles conjonctives cloisonnant des espaces lymphatiques larges, analogues à ceux de la choroïde. Au contraire, les cancers de l'utérus, du rectum, de la langue, se développent dans un tissu bien différent.

Le mal débute rapidement, mais sans autre phénomène qu'un léger trouble de la vue. L'examen ophthalmologique, fait dès le début, montre autour de la papille plusieurs petits points jaunâtres qui correspondent aux colonies naissantes et autour de ces points un épaississement diffus de la choroïde. Ces plaques ont une coloration gris jaunâtre, et sur le fond se détachent des

agglomérations de pigment et des taches blanchâtres, soit par décollement partiel de la rétine, soit par nécrose du tissu morbide. Il n'y a généralement pas de phénomènes inflammatoires, quoiqu'on ait signalé des troubles du corps vitré et de la papillite. La rétine est décollée d'une façon plus ou moins complète sans être altérée. La tension intra-oculaire baisse plutôt; quant au champ visuel et à l'acuité visuelle, ils diffèrent évidemment d'après l'étendue du néoplasme et son siège.

Le carcinome métastatique de la choroïde peut être confondu avec un sarcome de cette membrane, avec un gliome de la rétine, avec les angio-sarcomes et les angiomes de la choroïde, avec de l'hyalitis, enfin avec une choroïdite métastatique exudative; mais le diagnostic n'est généralement pas difficile, à cause de ce fait clinique prédominant : la présence habituellement facile à constater du carcinome dans un autre organe et souvent d'autres métastases.

Pour le sarcome de la choroïde, on a en outre comme signe différentiel l'unilatéralité, tandis que le carcinome métastatique est généralement bi-latéral; le sarcome de la choroïde se développe indifféremment au pôle postérieur ou dans les régions équatoriales, tandis que le carcinome au début a toujours son siège dans la région de la macula; le carcinome se développe en plusieurs points distincts tandis que le sarcome constitue dès le début une tumeur unique. Le sarcome de la choroïde est très saillant, arrondi, tandis que le carcinome est aplati, diffus. Enfin le sarcome de la choroïde se développe avec lenteur en une ou plusieurs années, tandis que, en quelques mois, le carcinome abolit complètement la vision et même amène la mort du sujet.

Le gliome de la rétine ne se développe que dans l'enfance avant l'âge de 10 ans, et, à cet âge, au contraire, les cancers épithéliaux sont presque inconnus. En cas de besoin, cependant, le diagnostic différentiel se baserait sur la forme de la tumeur et son retentissement sur le corps vitré, retentissement le plus souvent nul, au contraire, dans le carcinome métastatique.

Les angio-sarcomes et les angiomes caverneux de la choroïde peuvent créer de très grandes difficultés, ces tumeurs ne peuvent guère, sur le vivant, être différenciées du carcinome métastatique que par leur évolution plus lente et l'absence du carcinome primitif.

La tuberculose choroïdienne diffuse peut simuler le carcinome métastatique, mais elle se montre chez de jeunes sujets et l'état général est bien différent.

L'hyalitis présente un caractère plus aigu que le carcinome et l'on en trouve habituellement la cause dans un traumatisme ou une injection endogène ou exogène.

Dans certains cas de choroïdite métastatique exudative, la membrane vasculaire de l'œil s'épaissit sur une large étendue, la rétine est soulevée par un exudat solide, l'affection marche rapidement d'arrière en avant, l'œil devient hypotone sans présenter de réaction marquée et l'on pourrait alors penser au carcinome, mais on trouvera généralement dans l'organisme la cause de cette choroïdite métastatique consécutive à l'envahissement de l'œil par des micro-organismes ou à son infection par des toxines. Ici encore le diagnostic reposera surtout sur l'état général du sujet.

La question de traitement devient secondaire, l'apparition du carcinome métastatique annonçant la fin prochaine du sujet; dans certains cas cependant on évitera quelques souffrances au malade en pratiquant l'énucléation.

A. CHEVALLEREAU.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 janvier 1898. — Présidence de M. WOLF.

Fonction martiale du foie chez les vertébrés et les invertébrés. — M. DASTRE. L'étude (faite en commun avec M. Floresco) dont je résume ici les résultats établit que le foie des animaux remplit une fonction spéciale relativement au fer de l'organisme. C'est ce que j'appelle la *fonction martiale* du foie. Elle est universelle, c'est-à-dire qu'elle existe aussi bien chez les vertébrés que chez les invertébrés, partout où se rencontre un organe (cœcums hépatiques, hépato-pancréas) pouvant être assimilé au foie.

I. *Invertébrés.* — Si l'on veut bien comprendre la signification des faits, c'est par les invertébrés qu'il faut commencer. Nous avons analysé, M. Floresco et moi, le foie et les différents organes d'un grand nombre de mollusques et de crustacés, au point de vue du fer qu'ils contiennent.

A. Le premier résultat, c'est que le foie fixe des quantités de fer considérables par rapport à toutes les autres parties de l'organisme. Il est l'organe ferrugineux par excellence. Chez les crustacés et les mollusques que nous avons examinés, l'organe hépatique contient des quantités de fer de 4 à 25 fois plus considérables que le reste du corps.

B. Cette faculté de fixation élective que le foie possède pour le fer est spéciale à ce métal. Il ne la possède pas pour le cuivre. Le sang de beaucoup d'invertébrés, mollusques et crustacés, est riche en cuivre (hémocyanine); le tissu hépatique n'en contient pas sensiblement.

Ainsi, le foie se distingue des autres organes au point de vue du fer, et le fer se distingue des autres métaux au point de vue du foie. Le métal du foie est indépendant du pigment métallique du sang.

C. La troisième conclusion générale de notre étude, c'est que la quantité de fer du foie varie entre des limites peu étendues, pour une même espèce dans les mêmes conditions physiologiques; beaucoup moins, en tous cas, que chez les vertébrés.

Cette provision de fer, sensiblement constante, n'est pourtant pas immobile. Elle se dépense et se renouvelle. Le fer hépatique passe dans la sécrétion du foie. Nous avons recueilli facilement chez l'escargot en hibernation la sécrétion hépatique pure et nous l'avons analysée. Elle contient une forte proportion de fer.

Ajoutons que la proportion de fer du foie ne suit pas les variations de la richesse en fer du milieu ambiant, ou de l'alimentation. Au contraire, elle paraît dépendre des conditions physiologiques, telles que les périodes d'activité vitale et d'accroissement.

La conséquence la plus générale de ces faits, c'est de justifier l'existence d'une *fonction physiologique du fer hépatique*, puisque la présence et l'abondance de ce métal dans le foie ne résultent pas de son existence banale dans le milieu extérieur ou dans le milieu alimentaire, et que le fer, au lieu d'être un élément fixé accidentellement dans le foie, y est au contraire un élément sélectionné, mobile et mesuré.

II. *Vertébrés.* — Chez les mammifères, la question du fer a donné lieu à un nombre considérable de recherches.

Il n'y a plus ici, comme tout à l'heure, un seul organe ferrugineux, le foie. Il y en a trois, le sang, la rate, le foie. Le sang est de beaucoup le plus riche (0 milligr. 5 pour 1 gr. de sang frais chez le chien) : la rate, chez l'adulte, vient en seconde ligne (chiffre variable, 0 milligr., 30 en moyenne) ; le foie n'arrive qu'au troisième rang (0 milligr. 15 pour 1 gr. de poids frais).

Aussi, le fer du foie a-t-il été subordonné, dans l'opinion commune, au fer du sang. La doctrine régnante est que le fer existe chez les vertébrés *pour le sang* et *par le sang*. On enseigne, en particulier, qu'il se produit dans le foie une destruction des globules (hématolyse), ou mieux encore une destruction de leur matière rouge (hémoglobine), dont le fer se dépose sur place, tandis que le reste de la matière colorante passe dans la bile et lui donne sa couleur. Le dépôt de fer hépatique est d'ailleurs une réserve où l'organisme semble puiser pour constituer le fer circulant ou le reconstituer. Les faits connus ne permettent guère de douter que le *fer hépatique* ne soit lié à l'évolution du sang, c'est-à-dire au *fer sanguin*, ou en d'autres termes que le foie n'ait une *fonction hématique*, ou encore que le *fer hépatique* ne soit du *fer hématique*, au moins en partie.

Les faits précédents, ni aucun autre, ne signifient pas que tout le fer du foie vienne du fer du pigment sanguin. L'exemple des invertébrés nous enseigne manifestement le contraire, puisque, chez eux, le fer hépatique existe sans qu'il y ait de fer sanguin pigmentaire. En principe, l'universalité du fer hépatique lui assigne une raison d'être universelle, la même certainement chez les vertébrés que chez les invertébrés. En fait, l'analyse attentive du petit nombre de résultats connus manifeste les traits communs aux deux divisions du règne animal : même indépendance, quant au fer, des contingences extérieures et des hasards de l'alimentation, même subordination aux conditions physiologiques, croissance, périodes d'activité ; les résultats nouveaux que nous communiquerons prochainement sur les pigments du foie et leurs analogies chez les vertébrés et les invertébrés achèvent de découvrir, sous la *fonction hématique du foie* spéciale aux vertébrés, la *fonction martiale* commune à tous les animaux. Nous sommes donc autorisés à conclure à l'existence générale de cette fonction : il nous restera à faire connaître l'idée que l'on doit s'en former.

De l'action destructive d'un sérum sanguin sur les globules rouges d'une autre espèce animale. Immunisation contre cette action. — MM. L. Camus et E. Gley.

La tyrosine, vaccin chimique du venin de vipère. — M. C. Phisalix.

La névroglie de l'encéphale chez les Poissons. — M. Catois.

Sur un nouveau procédé de détermination de la position des corps étrangers par la radiographie. — M. H. Morize. La difficulté trouvée jusque dans ces derniers temps pour la détermination exacte, par la radiographie, de la position des projectiles dans les régions profondes du corps, a suscité de la part des expérimentateurs plusieurs méthodes ingénieuses dont la plus perfectionnée est, sans contredit, celle de MM. Contremoulins et Rémy. Toutefois, toutes ces méthodes, et surtout la dernière, sont d'une complication extrême, que ne me semble pas justifier la simplicité des données. Je crois que le procédé facile et rapide que j'ai trouvé donnera ample satisfaction à tous les expérimentateurs et leur permettra de déterminer, avec une précision supérieure à 5^{mm}, la position d'un projectile dans une partie quelconque du corps.

Le procédé consiste à définir la position du corps étranger par deux droites qui s'y coupent, et dont les extrémités sont des points situés à la surface du corps du patient.

Le patient étant placé entre le tube et l'écran, on cherche une position telle que la balle, par exemple, se voie facilement. On prend alors un petit disque de plomb rendu adhésif par de la cire ou du diachylum, qu'on place sur la surface du corps qui est tournée vers le tube, et l'on déplace ce disque jusqu'à ce que son image se superpose à celle de la balle ; on répète ensuite l'opération avec un autre disque placé du côté de l'écran. Quand les deux disques et le projectile sur l'écran se projettent en ne formant qu'une seule image, tous les trois se trouvent sur la même droite.

On tourne alors le sujet d'un certain angle arbitraire et l'on détermine de la même façon une autre droite, dont l'intersection avec la première fixe la position du projectile. Les extrémités des deux droites sont déterminées sur la surface du corps par les disques de plomb, qu'on enlève ensuite et dont la place est marquée par un procédé quelconque, par le crayon dermographique par exemple.

Les deux droites déterminent un plan qui contient le le projectile et les quatre marques extérieures qu'on désignera par *a*, *b*, *c*, *d*. Ces marques forment un quadrilatère dont on peut mesurer les quatre côtés et les deux diagonales, au moyen d'un compas d'épaisseur ou d'un craniomètre. En le dessinant à l'échelle, l'intersection des deux diagonales donne la place de la balle rapportée aux quatre sommets ; la distance qui l'en sépare étant directement mesurée sur l'épure avec une échelle millimétrique. Comme cinq longueurs suffisent pour la construction, et qu'on en a six, la dernière sert de vérification. La position de la balle est définie en disant qu'elle se trouve à *n* centimètres comptés à partir de *a* sur la droite *ac*, par exemple.

L'épure est faite en quelques minutes ; des essais répétés, faits sur des crânes contenant des balles placées à l'insu de l'opérateur, ont montré qu'en moins de dix minutes le projectile était retrouvé avec une précision de 1^{mm} ou 2^{mm}.

La position de deux des quatre marques étant arbitraire, on doit les disposer de façon que les deux droites se coupent suivant un angle suffisamment grand pour que leur intersection soit bien définie.

Il est évident que le procédé est applicable à une partie quelconque du corps et à toute substance opaque aux rayons X, la seule difficulté rencontrée provenant de la plus ou moins bonne visibilité sur l'écran.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 février 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La correspondance comprend : une lettre de M. Adrien Lucet, vétérinaire à Courtenay (Loiret) qui se porte candidat au titre de correspondant.

Obsèques de Péan. — M. Delorme lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de Péan. Ce discours, où l'éloge de Péan est fait avec beaucoup de pompe, est accueilli par quelques applaudissements.

Varices volumineuses des jambes, de l'abdomen et du tronc par angiosclérose. — M. Chauvel lit un rapport sur un travail envoyé par le Dr Coustan, de Montpellier. Le point intéressant de l'observation de M. Coustan consiste dans le fait que ces volumineuses varices existaient chez un homme. Cet homme, âgé de 29 ans, fut accepté pour le service militaire malgré l'existence d'une varicocèle et de varices à la jambe gauche; mais il ne tarda pas à être réformé en raison de l'accroissement rapide de ses dilatations veineuses. Il contracta une syphilis grave et alors il s'aperçut que les varices augmentaient de nombre et de volume et que la partie antérieure du tronc, du creux épigastrique et du creux de l'aisselle aux aines, était sillonnée de dilatations variqueuses, les inférieures de très gros volume.

Dans ces conditions M. Coustan pense que le seul traitement à mettre en usage était la compression, le soutien, le relèvement des parties atteintes de façon à faciliter la circulation veineuse.

Comme cause, après avoir rejeté les influences mécaniques. M. Coustan se rattache à l'idée d'une angiosclérose due à l'hérédité tuberculeuse et alcoolique aggravée par une syphilis grave.

Sur un nouveau traitement de la pelade. — M. Chauvel fait un second rapport sur un travail envoyé par M. Arragon, médecin-major au 79e régiment de ligne. M. Arragon ne fournit pas d'observations détaillées; il se borne à dire qu'en utilisant d'abord les pulvérisations d'éther, plus tard le mélange de chlorure d'éthyle et d'oxyde de méthyle contenu dans les tubes dits chloro-éthyleurs, il avait obtenu l'arrêt de la pelade en quatre ou cinq jours, et la réapparition des cheveux en dix à quinze jours et cela dans une douzaine de cas.

Sur la demande de M. Chauvel, M. Loison, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a expérimenté dans son service la méthode préconisée par M. Arragon. Voici ses conclusions :

1° Dans les pelades récentes, vierges de tout traitement la réfrigération avec le chloro-éthyleur donne les mêmes résultats que la cautérisation à l'acide acétique.

2° Dans les pelades anciennes, la réfrigération échoue souvent, tout aussi bien que la cautérisation.

En somme, la méthode conseillée par M. Arragon est bonne; elle semble agir par l'irritation physique de la peau qui rougit, devient sensible, brûlante, dont l'épiderme s'épaissit et devient squammeuse, en même temps que s'infiltre le tissu cellulaire sous-cutané; mais cette réfrigération exige beaucoup de temps et elle est très onéreuse.

Pourquoi la face fœtale du placenta est-elle grenue? — M. Guéniot lit une note au nom de M. X. Delore (de Lyon), correspondant national. La face fœtale de la plupart des placentas humains présente des granulations dont le nombre est variable; leur aspect est celui de petites verrues assez régulièrement espacées; on les aperçoit à travers l'amnios et le chorion, sous forme de petites saillies blanchâtres dont la consistance est dure. Au niveau des granulations et dans le voisinage un thrombos blanc très mince a inondé la face utérine du chorion, à la façon d'un verglas. La pellicule qu'il forme se décèle avec la pointe d'un scalpel. La couche thrombosique non seulement tapisse le chorion, mais encore il remonte à une certaine hauteur sur les piliers. Le thrombus blanc, composé de fibrinogène, est éminemment rétractile; ses fibrilles, en diminuant de longueur, tirent les piliers et les projettent tellement qu'ils font saillie du côté du fœtus, en refoulant le chorion sur lequel ils sont implantés. De là ces nodosités fibreuses qu'on perçoit et qui simulent un néoplasme.

Le Vésicatoire. — M. Ferrand entreprend de réhabiliter le vésicatoire qui est une médication naturelle, dont les exanthèmes cutanés sont le type, comme les hémorrhagies sont le type de la saignée, et le vomissement spontané est le type de la médication émétique.

C'est une mauvaise tendance celle qui s'attaque aux abus du vésicatoire pour en condamner l'usage, et, dans l'usage si fréquent que l'on fait de ce moyen, les abus sont faciles : — il ne faut que les réprimer.

L'indication du vésicatoire est flagrante dans les altérations diacritiques des maladies; les simples rubéfiants y sont insuffisants.

Les dangers du vésicatoire sont de tenir une plaie ouverte à la surface du corps; — mais un vésicatoire bien conduit n'est pas une plaie, et de simples mesures aseptiques suffisent à prévenir la plaie ou à la guérir, si un accident la détermine.

La douleur du vésicatoire peut être évitée. La dépression générale qui l'accompagne a son utilité passagère et peut facilement disparaître.

Les altérations vasculaires que produit la cantharide ne sont pas dangereuses par elles-mêmes; elles ont pu servir au traitement de certaines maladies (Liebrech).

Les altérations rénales vont de la diurèse simple jusqu'à la néphrite; parties des vaisseaux elles s'étendent successivement jusqu'aux glomérules (Cornil), de telle sorte que la cantharide, absolument contre-indiquée par la néphrite interstitielle, peut être utile dans la néphrite parenchymateuse (Cruveilhier, Sée, Lancereaux). Enfin on peut éviter cette influence en limitant la durée d'application, l'étendue et la fréquence des vésicatoires.

Les indications du vésicatoire varient selon le siège, la forme et la nature de la maladie; l'indication maîtresse est dans la forme diacritique des séreuses surtout, des muqueuses (catarrhe) et de l'atmosphère cutanée. Les contre-indications relèvent des accidents ci-dessus rapportés.

Le vésicatoire agit sur l'activité nutritive pour la relever ainsi qu'en témoigne la note de M. Robin, il produit aussi une hyperleucocytose véritable, ainsi qu'en témoignent les travaux de Liebreich, de Winternitz, de Maurel — Il n'est donc pas contre-indiqué même dans tous les cas d'infection; — il agit aussi sur l'activité fonctionnelle, mais pour la modérer, c'est par là qu'il calme les spasmes, dilate la pupille et parfois menace de lipothymie. Cette double action en sens inverse, pour ainsi dire, c'est le contro-stimulisme de l'École italienne, dont le vésicatoire est un des meilleurs agents.

Les faits qu'on oppose sont ou interprétés faussement, ou attribuables à l'incurie du pansement, ou à la mécon-

naissance des contre-indications, ou enfin à l'abus d'un moyen qui est utile quand il est opportunément employé.

Et c'est ainsi que la physiologie et la clinique se rencontrent, pour nous engager à conserver cet agent, qu'on a mal à propos qualifié de barbare, mais qui ne demande que du soin et de la sagacité.

M. Huchard fait d'abord l'historique du vésicatoire qui, inventé il y a deux mille ans par Asclépiade, a depuis subi bien des fluctuations.

Actuellement, en beaucoup de points des villes et des campagnes, le vésicatoire est délivré pour n'importe quoi, souvent sans ordonnance, et souvent parce que le médecin a la main forcée par l'entourage du malade. Mais tout le monde est d'accord sur l'abus du vésicatoire; ce que M. Huchard veut démontrer dans une prochaine séance, c'est que l'usage lui-même est souvent un abus.

146 cas de chirurgie de l'estomac. — E. Doyen. Les récentes communications à l'Académie sur l'intervention chirurgicale dans les cas d'affections de l'estomac m'ont engagé à apporter à cette tribune les résultats de mon expérience personnelle.

J'ai pratiqué pour diverses affections de l'estomac 146 opérations avec 32 insuccès, dont 20 pour des cas de cancer (66 opérations).

80 cas se rapportent à des affections non cancéreuses. Les 55 derniers, qui sont postérieurs à la publication de ma première statistique générale en 1895, m'ont donné 50 succès. 5 malades, en effet, opérés *in extremis*, ont succombé par suite de leur faiblesse extrême.

On peut donc conclure que l'intervention dans les cas d'affection non cancéreuse de l'estomac n'est pas grave, si l'on opère à temps, et si l'opération est faite vite et bien.

1° Quelles sont les *Indications opératoires?* — J'ai le premier modifié l'orientation de la chirurgie de l'estomac, de 1892 à 1895. On n'opérait guère auparavant que le cancer ou les rétrécissements fibreux du pylore; j'ai démontré qu'on pouvait guérir par la gastro-entérostomie l'hypersténie gastrique, la dilatation et l'ulcère avec ou sans hématémèses.

Mes premières observations, qui remontent à près de six ans, ont démontré que l'opération faisait cesser les douleurs, les vomissements de sang et rendait à des personnes malades et chétives depuis quinze à vingt ans la vigueur et la santé.

J'ai signalé l'importance de la contracture spasmodique du pylore en pathologie gastrique et démontré par les résultats de la gastro-entérostomie que les symptômes observés étaient sous la dépendance presque exclusive des phénomènes de stase alimentaire.

Il n'y avait qu'un desideratum : la gastro-entérostomie était une opération grave. J'ai imaginé des instruments et un manuel opératoire qui l'ont rendue presque inoffensive. Certains opérés cependant étaient imparfaitement guéris. J'ai étudié les causes de ces demi-guérisons. Je viens proposer à l'Académie un procédé sûr et qui permet d'éviter toute complication post-opératoire.

2° *Manuel opératoire.* — Depuis longtemps je considère le procédé de gastro entérostomie en Y de Roux, de Lausanne, comme le seul procédé satisfaisant, mais la nécessité de sectionner transversalement l'intestin pour exécuter une double implantation terminale expose à l'infection du champ opératoire.

Je viens de supprimer toute chance d'infection en appliquant à la chirurgie gastro-intestinale ma puissante pince à levier, construite pour écraser les pédicules tubo-ovariens.

Je pratique d'abord la gastro-entérostomie postérieure et une entéro-anastomose pour le libre cours de la bile. J'écrase l'anse intermédiaire à sa partie moyenne et je la coupe entre deux ligatures. De chaque côté un fil en cordon de bourse, et les deux bouts de l'intestin grêle sont fermés.

Je réalise ainsi la gastro-entérostomie en Y, en très peu de temps et avec une asepsie absolue.

Mais le progrès réalisé est bien plus grand encore pour la pylorectomie.

En effet, la tumeur isolée, il suffit, pour fermer le duodénum, de donner en travers un coup de pince à levier et de lier en ce point. J'isole le néoplasme par une forte pince, je coupe à 5 millimètres de la ligature, je cautérise le pédicule au thermo-cautère et ferme le duodénum par une ou deux ligatures en bourse, n'intéressant que la séreuse. Je viens de réaliser par ce procédé, aussi étonnant que rapide, la fermeture par une seule ligature de l'estomac en un point où il présentait 14 centimètres de largeur.

Cette méthode est un tel progrès sur les procédés antérieurs, que la résection du pylore n'est plus qu'une sorte d'accessoire de la gastro-entérostomie dans le cas de cancer.

Je puis terminer en une heure une opération qui durait deux ou trois heures.

3° *Résultats opératoires.* — Les résultats opératoires doivent être surtout envisagés dans les cas de dyspepsie grave ou d'ulcère sans sténose pylorique. La guérison est absolue. Les malades mangent comme tout le monde et ne « sentent » plus leur estomac.

Les perfectionnements que je viens d'apporter à la technique opératoire, en réalisant avec une asepsie complète la gastro-entérostomie en Y, avec orifice spécial pour le cours de la bile, font entrer la chirurgie des affections de l'estomac dans une nouvelle phase.

Bien mieux, l'opération guérit des malades que l'on croyait atteints de dyspepsie intestinale; elle supprime les vomissements de sang; elle rétablit la fonction biliaire chez des sujets atteints à la longue, par réflexe, d'une inanition prolongée, d'acholie complète et que j'ai vu soigner par erreur pour une affection du foie. Elle améliore et guérit les sujets qui se cachectisent et commencent, par suite de l'inanition, à présenter des lésions de tuberculose pulmonaire.

Le nombre de mes succès, la perfection de ma méthode, permettront désormais de ne plus considérer les opérations sur l'estomac comme très graves. Le succès est certain si l'on agit à temps.

A 5 heures, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 février 1897. — *Présidence de* M. Sevestre.

Aplasie artérielle avec néphrite scléreuse. — MM. Moutard-Martin et Bacaloglu. — La malade était une jeune fille de 22 ans, infantile, membres grêles, taille 1 m. 47, voix enfantine, pleurant sans raison; sans rachitisme ni traces de syphilis héréditaire; elle était issue d'une famille

de nains. A 14 ans, elle eut des douleurs rhumatismales sans localisations articulaires nettes; à 16 ans, elle fut réglée pour la première fois.

A son entrée à l'hôpital elle présentait de la céphalée, des vomissements verdâtres incoercibles se produisant sans effort. Le ventre était rétracté, mais il n'existait pas de constipation on notait une inégalité des pupilles appréciable. Après une période d'amélioration, survinrent quelques furoncles et une otite double, puis de l'albumine apparut dans les urines. Elle fut prise alors d'un délire tranquille, d'une dyspnée vive avec type de Cheyne-Stokes, puis tomba dans le coma. Une saignée de 250 grammes amena une légère détente, la dyspnée diminua, mais bientôt apparurent des convulsions toniques puis cloniques et la malade mourut.

A l'autopsie nous avons constaté un rétrécissement considérable de l'aorte thoracique et abdominale; dans son ensemble du reste tout l'arbre artériel rappelle celui d'un enfant de 12 ans. Les artères rénales sont très petites, et les reins atrophiés pèsent, le gauche 40 grammes, le droit 50.

Ces reins se décortiquent difficilement, et à la coupe ils présentent l'aspect de petits reins rouges granuleux infectés. L'examen histologique, pratiqué par M. Pilliet, montra qu'il s'agissait d'une glomérulite fibreuse intense.

Ce cas vient grossir le nombre des observations de coïncidence de néphrite scléreuse et d'aplasie artérielle. M. Lancereaux qui le premier attira l'attention sur ce sujet, montra la fréquence de la néphrite chez des malades qui présentent un rétrécissement congénital de l'aorte et du système artériel; cette hypoplasie se traduisant par des phénomènes de chlorose d'abord comme l'a signalé Virchow, puis plus tard par une albuminurie liée à une néphrite scléreuse atrophique.

M. Brault se refuse à admettre la subordination des lésions parenchymateuses (épithélium et tissu conjonctif) aux lésions artérielles. En effet, Morgagni (cité par Brault) et d'autres auteurs ont trouvé une angustie du système artériel sans lésion rénale et sans infantilisme, chez des sujets ayant succombé à des traumatismes ou à d'autres affections, et d'autre part, il n'existe aucune altération dans les autres organes que le rein, quoique dans ces organes le système artériel soit aussi aplasié.

Dans ces cas, la néphrite doit être considérée comme le résultat de poussées de néphrite diffuse survenues au cours de différentes infections et favorisées par l'augustie du système artériel.

C'est au niveau du rein qne se fait la dépuration incessante de l'organisme, il n'est pas étonnant que ce soit lui qui souffre le plus. Il y a certainement une poussée à prédominance épithéliale à l'occasion de chaque infection aiguë provoquée par les microbes ou seulement par leurs toxines; des petits foyers restent à la suite. Si les infections se surajoutent, si l'attaque virulente est plus modérée, on voit marcher de pair les lésions parenchymateuses avec prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif.

Dans notre cas, l'attaque d'urémie s'est déclarée après une poussée furonculeuse et une double otite moyenne suppurée; l'infection nouvelle a détruit ce qui restait de parenchyme sécrétant; l'angustie vasculaire a joué le rôle de cause prédisposante, en créant un *locus minoris resistantiæ*.

M. Dieulafoy a décrit le *chloro-brightisme*. Nous ne croyons pas à l'existence de cette entité morbide, nous croyons qu'il y a d'un côté la chlorose, affection du globule sanguin, et qu'il y a d'un autre côté des jeunes sujets brightiques présentant les petits signes du brightisme en même temps que des signes d'anémie. La cause, la marche et le traitement sont essentiellement différents dans les deux cas. Mais nous devons savoir gré à M. Dieulafoy qui nous a montré que sous le masque de la chlorose le brightisme se cache souvent.

M. Rendu. L'observation de M. Moutard-Martin me rappelle une malade de mon service, toute petite, mais bien conformée, qui nous fut amenée dans un état de grande urémie. Elle se rétablit, eut quelques petites attaques dans les deux années qui suivirent, puis, finalement, une grippe dont elle mourut. A l'autopsie, on constata une diminution considérable du volume de l'aorte et des vaisseaux, mais je ne vois pas comment cette aplasie artérielle expliquerait la pathogénie de la néphrite.

M. Hayem. Toutes les néphrites me semblent devoir être rangées dans les deux classes suivantes : néphrites infectieuses et néphrites toxiques. Dès qu'on sort de là, on entre dans le domaine de la pure hypothèse. Le véritable mal de Bright me paraît être d'origine toxique, le point de départ de cette toxhémie se trouvant dans les viciations de la nutrition générale engendrées par de mauvaises digestions. La preuve c'est que régulariser les digestions et la nutrition est le meilleur moyen d'empêcher, dans nombre de cas, le développement du mal de Bright. On obtient ce résultat comme on empêche souvent le développement d'affections cardiaques d'origine rhumatismale en traitant vite et bien l'attaque primitive du rhumatisme articulaire aigu.

Pour ce qui est des rapports des affections des reins avec le calibre des vaisseaux, nous ne savons rien du tout. D'autre part, j'ai rassemblé, depuis vingt-cinq ans environ 1000 observations détaillées de chlorose. Or, je n'ai pas rencontré un seul cas de brightisme chez ces 1000 malades. On voit bien des anémies symptomatiques parallèlement avec des affections des reins, mais ces anémies n'ont rien de commun avec la chlorose vraie. De même, chez les chlorotiques, surtout quand on les traite par le repos, on observe souvent de véritables polyuries, mais ce n'est pas du brightisme et rien n'est plus rare que de voir survenir de l'albuminurie. Je ne crois donc pas à l'hybridité morbide décrite par M. Dieulafoy sous le nom de chloro-brightisme.

Fièvre typhoïde à forme rénale hématurique, survenant dans le cours d'un purpura exanthématique récidivant. — M. Louis Guinon. Le purpura exanthématique simple ou rhumatoïde se complique rarement d'hémorragies viscérales; toutefois, comme l'a déjà montré M. Apert, on peut observer des formes de transition dans lesquelles l'hémorragie peut apparaître spontanément ou à l'occasion d'une infection surajoutée.

Chez un enfant de dix ans, qui en était à sa troisième atteinte de purpura simple, sans autres manifestations que quelques douleurs vagues des membres, j'ai vu survenir une fièvre typhoïde, dont le premier symptôme fut une hématurie : celle-ci dura deux jours; en même temps, la température montait à 40°; puis les taches rosées apparurent très abondantes, au point qu'elles envahirent tout le tronc.

La fièvre typhoïde fut grave et l'albuminurie très abon-

dante ; un bruit de galop apparut. Pendant ce temps, de nouvelles poussées de purpura survinrent.

Enfin, au vingt et unième jour, apparut un exanthème morbilliforme généralisé.

Tout ce tableau si grave aboutit cependant à la guérison complète et sans albuminurie persistante. En sorte que, chez ce malade, j'observai trois manifestations éruptives différentes : le purpura préexistant, la roséole typhoïdique, enfin la roséole morbilliforme, qui était liée soit à une infection secondaire, soit à l'ingestion de quinine à doses fortes (1 gr. 50 en quarante heures).

Mais ce qui est à retenir, c'est que la cause qui a produit le purpura a semblé préparer la forme hématurique de la dothiénentérie, sans cependant provoquer d'hémorragies en d'autres points du corps.

Géophagisme. — M. Matignon envoie une note sur un cas de géophagisme chez un enfant de trois ans.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 8 décembre 1897. — Présidence de M. Séailles.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté

La correspondance comprend les journaux habituels et les lettres de candidature de 23 confrères, nommés médecins des bureaux de bienfaisance au dernier concours dont les noms suivent :

IIIe arrondissement : M. Laborde ; M. Bimsenstein est nommé rapporteur.

VIe arrondissement : M. Chaumont ; M. Gerson, rapporteur. — M. Dorison ; M. Tolédano, rapporteur.

VIIe arrondissement : M. Mercereau ; M. Tolédano, rapporteur. — M. Joly ; M. Dufournier, rapporteur.

VIIIe arrondissement : M. Levi ; M. Billon, rapporteur.

Xe arrondissement : M. Bernard ; M. Pascal, rapporteur. — M. Champion ; M. Rotillon, rapporteur. — M. Ungauër ; M. Rotillon, rapporteur.

XIIe arrondissement : M. Michaut ; M. Yvon, rapporteur. — M. H. Gourichon ; M. Noir, rapporteur.

XIIIe arrondissement : M. Boudin ; M. L. Gourichon, rapporteur. — M. Huard ; M. Yvon, rapporteur. — M. Moriu ; M. Dufournier, rapporteur. — M. Mallet ; M. Gourichon, rapporteur.

XVIe arrondissement : M. Rochebois ; M. Dufournier, rapporteur.

XVIIIe arrondissement : M. Bois ; M. Noir, rapporteur. — M. Gaillard ; M. Dusseaud, rapporteur.

XIXe arrondissement : M. Alb. Weil ; M. G. Weil, rapporteur. — M. Mathieu ; M. Rotillon, rapporteur. — M. Sangline ; M. Thominet, rapporteur. — M. Gadot ; M. Rotillon, rapporteur.

XXe arrondissement : M. Faucillon ; M. Noir, rapporteur.

M. le Secrétaire général adjoint présente les excuses de M. Kinzelbach qui ne peut assister à la séance. Il donne ensuite le compte rendu du banquet (publié dans la *France Médicale*) qui a été fort brillant et auquel assistaient M. le Directeur de l'Assistance publique et tous les nouveaux collègues du dernier concours.

M. le Président annonce que l'unification de traitement, avec effet rétroactif du 1er juillet, est enfin accordée.

M. le Dr Billon lit son rapport sur la candidature de M. le Dr Paul Boncour. M. le Dr Paul Boncour est élu à l'unanimité membre titulaire de la Société.

M. le Dr Gibert annonce que l'on s'occupe à l'Assistance publique de la revision de la nomenclature des médicaments. L'absence de M. le pharmacien en chef, qui est en congé, détermine un léger retard dans cette affaire.

Sur la proposition de M. Billon, M. le Dr Dedet, médecin consultant à Martigny (Vosges), est nommé membre associé libre.

M. Gerson lit un intéressant travail sur le service des accouchements à domicile dans les bureaux de bienfaisance. A côté de points déjà énoncés, il étudie certaines parties nouvelles de cette question. La lecture du travail de M. Gerson est suivie d'une discussion à laquelle prennent part MM. Rollin, Noir, Weil, Rotillon, de Pradel.

M Rueff lit sur *l'organisation du service des accouchements dans les Bureaux de bienfaisance de Paris* le rapport présenté au nom d'une Commission composée de MM. Billon, Bimsenstein, Dufournier, Gibert et Sébillotte.

Les conclusions suivantes sont adoptées par la Société et ce rapport sera envoyé au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, ainsi qu'à MM. les accoucheurs des hôpitaux et à la presse médicale.

Voici ces conclusions :

1° Les femmes enceintes devront être examinées à la consultation autant que possible à partir du septième mois de la grossesse.

2° Le médecin qui aura examiné la femme enceinte transmettra ses observations sur une fiche qui sera remise sous enveloppe à la sage femme chargée de l'accouchement.

3° Distribution aux femmes en couches de bocks, canules et linges par le Bureau de bienfaisance.

4° Les sages-femmes pourront avoir recours, en cas d'urgence, aux médecins du traitement à domicile, comme cela se pratique actuellement.

5° Dans les cas de dystocie où le transport de la parturiente à l'hôpital sera impossible, le médecin du traitement à domicile pourra appeler un accoucheur des hôpitaux désigné spécialement pour une circonscription déterminée.

Elections. — Il est procédé aux élections pour le bureau de 1898.

Sont nommés :

Président : M. L. Gourichon ; 1er *Vice-président* : M. Bimsenstein ; 2e *Vice président* : M. Dufournier ; *Secrétaire général* : M. Billon ; *Secrétaires des séances* : M. Pascal, M. Malbec ; *Trésorier* : M. Kinzelbach ; *Archiviste* : M. Castinel.

MM. Dusseaud, de Pradel et Séailles, suivant le règlement, forment avec le bureau le Conseil de famille.

M. le Dr Le Coin, ancien secrétaire général, en souvenir des services si importants qu'il a rendus à la Société est nommé par acclamation secrétaire général honoraire et la Société décide qu'une médaille en vermeil lui sera offerte.

Le bureau est invité par la Société à se rendre chez M. Peyron, directeur de l'Assistance publique et demandera une entrevue à M. le ministre de l'Intérieur pour entretenir ces Messieurs de la question de la reconnaissance du titre de médecin des Bureaux de bienfaisance par les administrations publiques.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire : Dufournier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 février 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Traitement des abcès du foie. — M. Valther. Le diagnostic des abcès du foie, au moins au début, est toujours singulièrement obscur et je me contenterai de rapporter les observations que j'ai eues sous les yeux. Le diagnostic avait toujours été de colique hépatique ou de congestion hépatique. Ce diagnostic peut persister jusqu'au jour où l'abcès vient s'ouvrir de lui-même. C'est ainsi qu'un de mes malades présenta un abcès qui s'est ouvert dans les bronches et dans l'intestin, et qui guérit à la suite d'une incision transpleurale.

Dans d'autres faits, le volume du foie augmente et on peut reconnaître l'existence de la tumeur, que l'on peut, il est vrai, confondre avec un kyste hydatique : tel le fait d'une jeune négresse opérée dans le service de M Hanot.

Un autre malade ayant eu des crises violentes et répétées de coliques hépatiques se présenta avec une matité de la base du thorax, que l'on crut être une pleurésie purulente ; je fus appelé pour faire un empyème d'urgence. Je fis la résection de la 9e côte et trouvai une cavité pleurale libre, les deux feuillets glissant l'un sur l'autre. J'essayai d'inciser la plèvre diaphragmatique, mais dès le premier coup de bistouri, sortit un litre de pus jaunâtre séreux évidemment sous diaphragmatique. Il existait deux cavités, une primitive intra hépatique et l'autre sous-phrénique.

Le malade guérit dans les meilleurs conditions.

Une malade du service de M. Gaillard avait eu de la cystite très douloureuse et purulente, à la suite elle ressentit des douleurs dans la région lombaire droite, qui persistèrent jusqu'à l'entrée de la malade. Celle-ci était dans un état de septicémie grave. En avant, la palpation donnait une vésicule dure, bourrée de calculs — puis une tumeur que l'on sentait à la palpation bimanuelle — paraissant siéger dans la région rénale et séparée du foie par une zône de sonorité très nette. On conçoit que l'on fit le diagnostic de tumeur rénale. Je fis l'incision lombaire qui montra le rein sain. Je fermai, et ouvris l'abdomen. La vésicule fut ouverte et j'enlevai 45 calculs. Je pus très facilement faire le cathétérisme du cholédoque.

La tumeur était développée dans le foie, c'était un abcès qui allait de la partie postéro-inférieure à l'antéro supérieure du foie. Je fis donc la résection du rebord thoracique et j'atteignis nettement la tumeur du foie. Après avoir lavé la poche par ponction, j'incisai et il sortit un flot de pus, au fond un orifice conduisait dans un second abcès. La malade guérit au bout d'un mois.

D'autres faits sont peut-être plus embarrassants encore : ce sont ceux où il n'y a aucune tumeur du foie. Ainsi un homme en pleine septicémie avec le foie seulement augmenté. La ponction ne donna aucun résultat, le sang examiné était rempli de staphylocoques. Je ne fis pas la laparotomie et je fis bien, car le malade succomba deux jours plus tard et montra à l'autopsie des abcès miliaires.

Au point de vue étiologique, j'ai vu 3 cas consécutifs à la dysentérie, un seul présentait des streptocoques, 2 sans causes appréciables, un chez un lithiasique ancien, un par communication de la vésicule avec l'intestin. Dans 2 cas sur 7, le pus était stérile et cette stérilité est loin d'être la règle.

Aussi doit-on, par tous les moyens, se garantir de l'inoculation du pus soit dans le péritoine soit dans la plèvre.

M. Gérard Marchand. Les difficultés du diagnostic sont grandes, comme l'a dit M. Walther. J'ai eu un homme atteint de fièvre avec douleur au niveau du foie. Il nous semble reconnaître une voussure. Je fis une laparotomie latérale, mais l'incision latérale ne permit pas d'atteindre le lobe gauche du foie. Je fermai l'incision et l'autopsie nous montra l'existence d'un abcès énorme du lobe gauche du foie qui avait passé inaperçu. De là je conclus que dans les cas où l'on soupçonne un abcès du foie, c'est à la laparotomie médiane et à la ponction qu'il faut avoir recours.

De la rétention d'urine chez les prostatiques et les utérines traitée par la ponction et le drainage. — M. Bazy fait un rapport sur un travail adressé par M. Dubrandy. Il s'agissait d'une rétention d'urine pour laquelle M. Dubrandy fit une ponction avec un gros trocart qu'il remplaça par une sonde en gomme. Au bout de quelque temps le liquide injecté par la fistule hypogastrique, sortait très largement par l'urèthre. Celui-ci n'était pas accessible au cathétérisme. Le malade conserva pendant quatre ans sa sonde hypogastrique et resta en parfaite santé.

M. Reynier. Je ne crois pas que l'opération de M. Dubrandy soit bien recommandable, à moins que l'on ne soit ni outillé, ni pressé, dans les cas de rétrécissements infranchissables. Il faut intervenir de façon à rétablir le cours normal de l'urine. C'est alors à l'urétrhrotomie externe sans conducteur qu'il faut avoir recours. Toutes ces cystectomies, ces ponctions peuvent donner lieu à des infirmités incurables, ce que l'on n'a pas à craindre avec l'uréthrotomie externe.

Suture du cholédoque et de l'uretère muqueuse à muqueuse chez le chien. — M. Reynier montre les pièces qui démontrent la possibilité de suturer ces canaux incisés, dans lesquels circule constamment une sécrétion physiologique.

Arthrite médio-tarsienne traitée par les injections de chlorure de zinc. Enorme déformation. Guérison. — Présentation des moulages et du malade par M. Gérard Marchand.

F. Verchère.

CORRESPONDANCE

Toucy, 6 février.

Mon cher confrère,

Permettez-moi de rectifier une erreur qui s'est glissée dans votre compte rendu de la séance de l'Académie de Médecine (1er février), à propos de ma communication sur l'étiologie de la cirrhose. Vous me faites dire : *Les habitants de l'Yonne envoient leurs meilleurs vins ailleurs et boivent surtout des vins du Midi.* J'ai dit à peu près textuellement : *Nous ne pouvons nier que, dans certaines régions vignobles, on ne reçoive une certaine quantité de vins du Midi. Mais ces vins sont envoyés à des négociants et employés aux coupages. Les vins ainsi trafiqués sont expédiés au loin, à Paris principalement, et les habitants du pays n'en boivent pour ainsi dire pas.*

A part cette rectification, je me plais à reconnaître que mon travail a été parfaitement résumé.

Recevez l'assurance de mes meilleurs sentiments.

L. Roché.

NOUVELLES

Distinctions universitaires. — Par arrêtés ministériels, en date du 22 janvier 1898, ont été nommés :

1° Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Baudouin, médecin-major de première classe, médecin-chef de l'Hôtel national des Invalides ; Bazin, maire de Corbeilles, délégué cantonal ; Bertrand, conseiller d'arrondissement, maire de Neauphle-le-Château ; Bichon, à Angers, conseiller général, délégué cantonal ; Brou de Laurière, maire de Cendrieux, conseiller d'arrondissement, médecin du lycée de Périgueux ; Calmon, conseiller général, délégué cantonal, à Céret ; Cauchois, chef du service chirurgical à l'Hôtel-Dieu, à Rouen ; Chambard, délégué cantonal, à Lyon ; Delorme, médecin principal de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons ; Dodin, maire de Challans, délégué cantonal ; Durand, délégué cantonal, à Marseillan ; Duriau, président du conseil d'arrondissement de Dunkerque, délégué cantonal ; Fleyssac, à Treignac ; Gagey, conseiller général, maire de Pouilly-en-Auxois, délégué cantonal ; Godivier, conseiller général, président de la délégation cantonale, à Bouère ; Labat, à Nérac ; Ladevèze, conseiller d'arrondissement, maire de Saint-Florent, délégué cantonal ; Lebrun, médecin inspecteur des écoles, membre du bureau d'administration du collège de Bar-sur-Aube, délégué cantonal ; Maison, médecin inspecteur des écoles, au Vésinet ; Ménard, délégué cantonal, à Nîmes ; Michel, médecin en chef de la marine ; Mordagne, médecin inspecteur des écoles, président de la délégation cantonale, à Tourny ; Pernet, médecin inspecteur des enfants du premier âge, président de la délégation cantonale, à Rambervillers ; Picaud, maire de Nontron, délégué cantonal ; Villard, à Verdun, publiciste ;

2° Officiers d'Académie : MM. les Drs Ameline, médecin inspecteur des écoles, à Saint-James ; Andt, à Valenciennes, membre du Conseil d'hygiène de l'arrondissement ; Bar, médecin principal de deuxième classe, chef du service de santé à l'École polytechnique ; Baratier, délégué cantonal, à Jeugny ; Barret, délégué cantonal, à Chabanais ; Benoist, médecin inspecteur départemental de l'assistance publique, à Vannes ; Bernard, délégué cantonal, à Dinard ; Besson, délégué cantonal, à Bourges ; Bois, délégué cantonal, à Saint-Laurent-de-Chamousset ; Bolognesi, délégué cantonal, au Mans ; Bonnet, président du Conseil d'arrondissement de Briançon ; Bouchon, délégué cantonal, membre du bureau d'administration du collège de Toul ; Boutier, délégué cantonal, à Loches ; Bouvet, à Bordeaux ; Braillon, délégué cantonal, à Nesles ; Bréchot, à Versailles ; Breillot, délégué cantonal, à Sourdeval ; Brouillaud, délégué cantonal, à Bazac-sur-l'Isle ; Brousse, à Saint-Étienne-au-Mont ; Broussin, médecin de l'école normale d'institutrices, à Versailles ; Brunet, à Ballancourt ; Calbris, président de la délégation cantonale de Vassy ; Catteau, médecin principal de deuxième classe, secrétaire du Comité technique de santé ; Chaudron, délégué cantonal, à Eclaron ; Chevalier, délégué cantonal, à Marseille ; Chevelu, maire de Sathonay, délégué cantonal ; Cossa, délégué cantonal, à Entrevaux ; Darbouet, conseiller municipal à Boucan ; Decrossas, maire de Rozès, délégué cantonal ; Dejean, délégué cantonal, à Decize ; Dieudé-Fauvel, délégué cantonal, à Sauveterre-la-Lémence ; Dop, président de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse ; Doyen, maire de la Fère, délégué cantonal ; Dresch, à Foix, vice-consul d'Espagne ; Ecot, médecin-major de deuxième classe, chef du service de santé aux batteries alpines du 19e d'artillerie ; Fabre, maire de Saint-Rome (Tarn), délégué cantonal ; Faure-Miller, à Cannes, lauréat de la Faculté de médecine de Paris ; Fayol, vice-président de l'association amicale des Alsaciens-Lorrains, à Marseille ; Felletin, maire d'Izou ; Ferran, à Saint-Michel ; Ferron, médecin principal de première classe, directeur du service de santé au 13e corps d'armée ; Foucherand, délégué cantonal, à Saint-Paul-de-Chalençon ; Geghre, à Mascara (Algérie) ; Giraud, adjoint au maire de Forcalquier, délégué cantonal ; Giraud, délégué cantonal, à Marennes ; Godfrin, délégué cantonal, à Clermont-en-Argonne (Meuse) ; Gomot, médecin des lycées de garçons et de jeunes filles et des écoles normales, à Guéret ; Grimaldi, chirurgien-adjoint de l'hospice de Bastia ; Gromolard, au Vésinet, publiciste ; Guelliot, chirurgien du lycée et de l'Hôtel-Dieu, à Reims ; Guillaume, médecin-major au 114e régiment d'infanterie, à Parthenay ; Guillot, délégué cantonal, à Lizy ; Guy, délégué cantonal, à Limours ; Hennecart, à Charleville, publiciste ; Hubert, médecin-inspecteur des écoles, à Cherbourg ; Josserand, médecin des hôpitaux, à Lyon ; Juventin, ancien délégué cantonal, à Nice ; Lacq, conseiller d'arrondissement, à Ney ; Lafage, délégué cantonal, à Nogent-le-Roi ; Lapierre, délégué cantonal, à Sedan ; Larché, président de la délégation cantonale, à Cornimont ; Lebault, délégué cantonal, à Saint-Vit ; Lévy, à Nancy ; Malabouche, à Gignac ; de Manny, conseiller général, maire de Brossac, délégué cantonal ; Marin, à Tarascon ; Maunoury, chirurgien des hospices de Chartres, médecin du lycée ; Ménard, conseiller municipal, à Bacqueville, délégué cantonal ; Michel, à l'Arbresle ; Molas, délégué cantonal, à Auch ; Montalier, médecin-adjoint de l'institution nationale des sourds-muets de Bordeaux ; Moreau, membre du bureau d'administration du lycée de Sens ; Nolé, directeur de l'asile d'aliénés du département de l'Allier, à Sainte-Catherine ; Paulin, délégué cantonal, à Lunéville ; Peloni, maire de Boukanéfis ; Périer, maire de Champagne-lès-Marais, délégué cantonal ; Persillard, conseiller général, maire de Saint-Benoît-sur-Loire, délégué cantonal ; Philippon, délégué cantonal, à Huriel ; Pichez, délégué cantonal, à La Rochelle ; Pilleyre, directeur, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Prémontré, délégué cantonal ; Pissot, médecin de plusieurs sociétés de secours mutuels, à Robert-Espagne ; Pouchin, membre du Conseil central d'hygiène, à Rouen ; Poulain, médecin de bord du *Maréchal-Bugeaud*, à Marseille ; Poussié, délégué cantonal, au Châtelet ; Puech, délégué cantonal, à Roquecourbe ; Raoult, délégué cantonal, à Raon-l'Étape ; Reisser, à Oued-Fodda ; Rigail, délégué cantonal, à Carcassonne ; Rosse, médecin-inspecteur des écoles, à Marseille ; Roudaire, maire de Lapeyrouse, délégué cantonal ; Rousseau, médecin de l'école normale de Parthenay ; Sabourin, président de la délégation cantonale, à Mirambeau ; Sassier, médecin du collège de Chalon-sur-Saône ; Soulayrac, à Narbonne ; Tachard, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 11e corps d'armée ; Tessel, maire de Luc-sur-Mer, délégué cantonal ; Théron, maire de Capestang, délégué cantonal ; Timal, médecin du collège de Cambrai, délégué cantonal ; Tournadre, médecin-inspecteur des écoles, à Saint-Germain-Lembron, délégué cantonal ; Turriès, maire de Puimoisson, délégué cantonal ; Vialettes, à Montbazin ; Vié, à Montredon ; Vincent, délégué cantonal, à Agon ; Wooloughan, à Bordeaux ; Zuccarelli, à Bastia.

Médecins inspecteurs des Ecoles. — Le préfet de la Seine, vu la délibération du Conseil municipal de Paris, en date du 7 novembre 1883, et l'arrêté préfectoral du 15 décembre 1883, approbatif de cette délibération relative à la réorganisation du service de l'Inspection médicale des établissements scolaires publics de Paris ;

Vu notamment les articles 4 et 5 de l'arrêté préfectoral susvisé, portant :

« Art. 4. — Les médecins inspecteurs devront être pourvus du diplôme de docteur d'une Faculté de l'Etat ; ils seront nommés par le préfet sur une liste de présentation dressée dans chaque arrondissement par le maire de concert avec la délégation cantonale. Cette liste devra comprendre un nombre de noms double de celui des places à pourvoir.

« Art. 5. — La durée du mandat conféré aux médecins inspecteurs des écoles primaires et maternelles est fixée à trois ans. En conséquence, tous les trois ans, il sera procédé dans les arrondissements de Paris à l'établissement, par les maires et les délégations cantonales, des listes de présentation à soumettre au préfet. »

Considérant que le renouvellement triennal du personnel de l'Inspection médicale est tombé en désuétude et qu'il y a lieu, dans l'intérêt du service, d'en rétablir la règle ;

Sur les présentations des délégations cantonales et des municipalités des vingt arrondissements de Paris et sur le rapport de l'inspecteur d'Académie, directeur de l'Enseignement primaire de la Seine,

Arrête :

Article premier. — MM. les docteurs en médecine dont les noms suivent sont désignés pour remplir les fonctions de médecins inspecteurs des écoles primaires et maternelles publiques de la ville de Paris, chacun dans la circonscription prévue au tableau, pour une période de trois ans, du 1er janvier 1898 au 31 décembre 1900.

1er *arrondissement.* — MM. les Drs Richard (Paul), Richard (Ernest), Carpentier-Méricourt.

2e *arrondissement.* — MM. les Drs Gillet, Reteaud, Bruchet.

3e *arrondissement.* — MM. les Drs Debierre, Gerson, Wuillemier, Bouchard, Pellier.

4e *arrondissement.* — MM. les Drs Vigouroux, Gourichon (Louis), Guyard, Michaud, Garnier, Virey.

5e *arrondissement.* — MM. les Drs Gervais, Vauthier, Delisle, Dautel, Deffaux, Barrault, Parizot.

6e *arrondissement.* — MM. les Drs Butte, Boucheron, Piéchaud.

7e *arrondissement.* — MM. les Drs Veil, Delaunay, Toledano.

8e *arrondissement.* — MM. les Drs Canuet, Stakler, Bezançon.

9e *arrondissement.* — MM. les Drs Caubet, Variot, Hirtz.

10e *arrondissement.* — MM. les Drs Lancelin, Seiler, Hischmann, Mercier, Pennel, Tripet, Dreyfus.

11e *arrondissement.* — MM. les Drs Calmeau, Naudet, Miquel, Dubief, Pasteau, Montignac, Andrerey, Tourangin, Landois, Bimsenstein, Signez, Chevallereau, Guillot.

12e *arrondissement.* — MM. les Drs Plessard, Bonnefoy, Yvon, Gibert, Salmon, Binet, Gourichon (Henri), Bloch.

13e *arrondissement.* — MM. les Drs du Périer, Mangenot, Monnet, Paulier, Planteau, Renet, Rivas, Laurent.

14e *arrondissement.* — MM. les Drs Delpeuch, Floquet, Lartigue, Piérin, Coumétou, Macqret, Bonne.

15e *arrondissement.* — MM. les Drs de Pradel, Marieux, de Gennes, Lagelouze, Destrem, Doury, Bra.

16e *arrondissement.* — MM. les Drs Rafinesque, Raymond, Laurand.

17e *arrondissement.* — MM. les Drs Eloy, Ramonat, Blayac, Marevéry, Hétier, Rubé, Riché, Jasiewicz.

18e *arrondissement.* — MM. les Drs Cazaux, Giraud, de Cour, Juranville, Deschamps, Dutauzier, Karth, Gachet, Charropin, Marquez, Dusseaud.

19e *arrondissement.* — MM. les Drs Thominet, Delhomme, Barbarin, Laurent, Lazard, Morin, Huguenin, Lomier.

20e *arrondissement.* — MM. les Drs Kinzelbach, Braunberger, Delarue, Nogué, Dufestel, Colton, Balland, Chauveau, Chenet, Laloy.

Arrondissement de Sceaux. — *Canton de Charenton.* — MM. les Drs Guerlin, à Charenton. Capdeville, à Alfortville. Morisson, à Maisons-Alfort.

Canton de Sceaux. — MM. les Drs Soubise, à Fontenay-aux-Roses. Thouvenel, à Antony.

Canton de Vanves. — MM. les Drs Lefèvre, à Malakoff. Welclin, à Clamart.

Canton de Villejuif. — MM. les Drs Reulos, à Villejuif. Durand, à Arcueil.

Canton d'Ivry. — MM. les Drs Trichet, à Choisy-le-Roi. Barthès, à Ivry-sur-Seine.

Canton de Nogent. — MM. les Drs Lallement, à Nogent. Collardot, au Perreux.

Canton de Saint-Maur-des-Fossés. — MM. les Drs Barborin, à Joinville. Caillette, à Saint-Maur. Piettre, à la Varenne-Saint-Maur.

Canton de Montreuil. — MM. les Drs Garavel, à Montreuil-sous-Bois. Blesson, à Montreuil-sous-Bois.

Canton de Vincennes. — MM. les Drs Pachot, à Vincennes. Vallat, à Vincennes.

Arrondissement de Saint-Denis. — *Canton de Saint-Denis.* — MM. les Drs Feltz, Dupuy, Blois et Iszenard, à Saint-Denis.

Canton d'Aubervilliers. — MM. les Drs Serpaggi, à Pierrefitte. Ardouin et Michaux, à Aubervilliers.

Canton de Saint-Ouen. — MM. les Drs Thobois, Dubousquet-Laborderie, à Saint-Ouen. Goret, à l'Ile-Saint-Denis.

Canton de Pantin. — MM. les Drs Edelmann, à Pantin. Sion, au Pré-Saint-Gervais. Camus, aux Lilas.

Canton de Noisy-le-Sec. — MM. les Drs Cagniat, à Noisy-le-Sec. Estieu, à Rosny.

Canton d'Asnières. — MM. les Drs Périer et Neubauer, à Asnières.

Canton de Boulogne. — MM. les Drs Besançon et Cloquet à Boulogne-sur Seine.

Canton de Clichy. — M. le Dr Hellet, à Clichy.

Canton de Courbevoie. — MM. les Drs Bonnecaze père, à Courbevoie. Pouvreau-Lavigerie, à Bois-Colombes. Bonnecaze fils, à Colombes.

Canton de Levallois-Perret. — M. le Dr Tariote, à Levallois-Perret.

Canton de Neuilly. — M. le Dr Putel, à Neuilly-sur-Seine.

Canton de Puteaux. — MM. les Drs De la Gorce, à Puteaux. Des Tureaux, à Suresnes.

Art. 2. — Le Secrétaire général de la Préfecture et l'Inspecteur d'Académie, directeur de l'Enseignement primaire

de la Seine, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui aura son effet à dater du 1er janvier 1898.

Fait à Paris, le 24 décembre 1897. J. DE SELVES.

Corps de santé des colonies. — M. le médecin principal Sicilliano, médecin-major du 1er d'infanterie de marine, à Cherbourg, est destiné au 9e régiment de l'arme au Tonkin, en remplacement de M. le médecin principal Nodier, qui terminera, le 25 mars 1898, deux années de service colonia- et qui est affecté au 1er régiment à Cherbourg.

MM. les médecins de deuxième classe Chagnolleau, aide-major au 4e d'infanterie de marine, à Toulon; Regnault, aide-major au 8e régiment au même port; Portes, aide-major au 7e régiment à Rochefort, et Reygondaud, aide-major au 1er d'artillerie de marine, à Lorient, sont destinés : les deux premiers, au 2e régiment de tirailleurs tonkinois; le troisième, au 10e d'infanterie de marine au Tonkin, et le quatrième au 11e régiment en Cochinchine, en remplacement de MM. les Drs Berger, Fournes, Chalibert et Chabannes, qui termineront vers la fin de mars 1898 la période réglementaire de service colonial et qui seront affectés : le premier, au 1er d'artillerie de marine, à Lorient; le second, au 8e régiment, et le troisième, au 4e d'infanterie de marine, à Toulon; enfin, le quatrième, au 7e régiment de l'arme, à Rochefort.

MM. les Drs Sicilliano, Chagnolleau, Regnault, Portes et Reygondaud prendront passage sur le navire affrété qui partira de Marseille le 1er mars 1898.

— M. le médecin de deuxième classe Féraud, aide-major au 1er régiment d'infanterie de marine, à Cherbourg, est destiné aux tirailleurs tonkinois, en remplacement de M. le Dr Cassien, qui terminera, vers le 1er avril prochain, la période réglementaire de service colonial et qui sera affecté au 1er d'infanterie à Cherbourg.

M. le Dr Féraud prendra passage sur le navire affrété partant de Marseille le 1er mars 1898.

Médecins conseillers généraux. — M. le Dr Ballivet vient d'être élu membre du Conseil général de l'Ain, pour le canton de Gex.

Mission. — M. le Dr Huguet, lauréat de l'Institut, médecin-major de deuxième classe, est chargé, par le ministère de l'Instruction publique, d'une mission scientifique au Mzab, à l'effet d'y poursuivre ses recherches sur l'histoire du Mzab, sa population, le commerce, l'industrie et la médecine chez les Mzabites.

L'affaire Laporte. — Le Dr Laporte doit comparaître le vendredi 25 février devant la 7e chambre de la Cour, présidée par M. Potier. Le rapport sera fait par le conseiller Ayrault. L'avocat général Blondel soutiendra la prévention et Me Henri Robert présentera, comme devant les juges correctionnels, la défense de notre confrère.

— Les élèves de M. Hirtz ont eu la pensée de lui offrir un souvenir, à l'occasion de sa nomination dans la légion d'honneur. Adresser les cotisations à M. Bernheim, interne à Laënnec ou à M. Lesné, interne aux enfants assisté.

La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira le lundi 2 mai 1898, à 8 heures du soir, au palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris.

Le titre des communications devra être adressé, avant le 15 avril, au secrétaire général, le Dr Joal, 17, rue Cambacérès.

A sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes : 1° *De l'unification des notations acoustiques*; rapporteurs : MM. Gellé père et fils; 2° *Pathologie de l'amygdale linguale*; rapporteur M. Escat.

Dispensaire Furtado-Heine. — M. le Dr Gourc vient d'être nommé médecin dentiste du Dispensaire.

Association de la presse médicale française. — Le 4 février 1898 a eu lieu la trente-neuvième réunion de l'*Association de la Presse médicale*, sous la présidence de M. le Pr Cornil. Vingt et une personnes y assistaient.

Elections. — Ont été élus, dans cette séance, membres de l'Association : MM. les Drs Monprofit (d'Angers) pour l'*Anjou médical*; Em. Laurent (de Paris) pour l'*Indépendance médicale*; M. le Pr Bergonié (de Bordeaux) pour les *Archives d'Electricité médicale*; M. le Dr Georges Baudouin pour les *Annales d'Hydrologie*.

Candidature. — M. le Dr Olivier a été nommé rapporteur de la candidature de M. le Dr Pichevin (de Paris) pour la *Semaine Gynécologique*.

Les Congrès de 1900. — Sur la proposition de MM. Laborde et Marcel Baudouin, les membres du Bureau de l'Association, MM. Cornil, de Ranse, Cézilly et M. Baudouin sont chargés de faire les démarches nécessaires pour tenter d'obtenir l'autorisation d'organiser, à l'Exposition de 1900, un Bureau de Renseignements à l'usage des médecins de la province et de l'étranger, désirant assister aux multiples Congrès médicaux qui auront lieu à cette époque.

Le Secrétaire général : Marcel Baudoin.

Nécrologie. — Le Dr Chevassus, de Paris, reçu en 1885. — Le Dr Combres (Pierre), chef des travaux d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier. — Le Dr Lainé (César), député de la Martinique. — Le Dr Gallavardin, de Lyon, décédé à l'âge de 74 ans. — Le Dr Lafaurie, du Havre, reçu en 1858. — Le Dr Taurin, de Louviers, ancien interne des hôpitaux de Paris (1868).

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — Capsules ovariques Vigier. — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*